

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente SiNASP

Sesión: Implantación de cambios a partir de los incidentes notificados

Dirigido a los gestores del SiNASP

21 de abril de 2014 a las 10:00

CONTENIDOS

1. IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN EL 061 ARAGÓN A PARTIR DEL ANÁLISIS DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN EL SiNASP
GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE 061 ARAGÓN
CHABIER BROSED Y PASCU GARCÉS
2. ¿CÓMO TRABAJAMOS CON SINASP EN EL EOXI DE VIGO?
DOMÍNGUEZ ARIAS, BEGOÑA
GESTORA ÁREA SINASP XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO
3. IMPLANTACIÓN DE MEJORAS A PARTIR DE INCIDENTES NOTIFICADOS AL SINASP EN EL HOSPITAL POVISA
MARÍA ANTONIA MUÑOZ
HOSPITAL POVISA

OBJETIVOS

- Mejora de la seguridad de los pacientes a partir del análisis de situaciones, problemas e incidentes que produjeron, o podrían haber producido, daño a los pacientes.
- El estudio de estos incidentes se realiza para **promover los cambios necesarios en el sistema** para evitar que estas situaciones vuelvan a producirse en el futuro.
- El énfasis principal del sistema está en el aprendizaje a partir del análisis de las notificaciones, identificando nuevos riesgos, tendencias, factores de riesgos y factores contribuyentes. La comunicación y registro de casos, por lo tanto, no es una finalidad en sí misma.

PROCESO DE NOTIFICACIÓN Y MEJORA

Detección

Notificación

Clasificación

Análisis y Gestión

Implantación de mejoras

Feedback

1. IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN EL 061 ARAGÓN A PARTIR DEL ANÁLISIS DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN EL SiNASP

GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE 061 ARAGÓN
CHABIER BROSED Y PASCU GARCÉS



Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente



IMPLANTACIÓN DE PRÁCTICAS SEGURAS EN EL 061 ARAGÓN A PARTIR DEL ANÁLISIS DE INCIDENTES NOTIFICADOS EN EL SINASP

GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE 061 ARAGÓN

GRUPO DE TRABAJO SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE



- PERSONAL SANITARIO ASISTENCIAL
- MÉDICOS Y ENFERMERAS (6-8)
- ADEMÁS DE LAS 1550 HORAS DE TRABAJO ASISTENCIAL

- NUESTRO TIEMPO LIBRE
- NUESTROS DESCANSOS EN LAS GUARDIAS
- A LA #SEGPAC

- UN GRAN EQUIPO



INTEGRAR EL SiNASP EN EL SISTEMA DE #SegPac



TIENE QUE SER UN PILAR MÁS

- CREAR CULTURA DE SEGURIDAD
- EQUIPO/GRUPO QUE LIDERA
- IMPLICAR A LA DIRECCIÓN EN EL PROYECTO
- SISTEMA DE NOTIFICACIÓN



TODO RELACIONADO ENTRE SÍ



INTEGRAR LA #SegPac EN EL SISTEMA DE CALIDAD Y TRABAJO POR PROCESOS

- LA DIRECCIÓN CONSIDERA LA #SegPac UNA LÍNEA ESTRATÉGICA
- NÚCLEO DE SEGURIDAD
- CREACIÓN DEL PC0716



REVISIÓN: 00
FECHA: 06/11/13
Nº DE PÁGINAS: 14

Revisado:	Aprobado:
Fdo. Mª Isabel Gallego Gasca Directora Médica Fecha: 06/11/13	Fdo. Natalia Rivera Rey d' Harcourt Directora Gerente Fecha: 06/11/13



Información propiedad del 061ARAGÓN. Todos los derechos reservados.
F040101 Rev 00



FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

- REUNIONES CADA 2-3 MESES
- TRABAJO INDIVIDUALIZADO Y PUESTA EN COMÚN
- TRABAJO CONJUNTO EN LOS DESCANSOS DE LAS GUARDIAS (SI COINCIDIMOS)
- USO DE METODOS ON-LINE:
 - MAIL
 - HANGOUTS
 - G-DRIVE



FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

- LA ESCASEZ DE TIEMPO
- LA LIMITACIÓN DE PERSONAL
- Y NULOS RECURSOS

NOS LLEVAN A:

- SER MUY SELECTIVOS CON LAS PROPUESTAS DE MEJORA



FUNCIONAMIENTO DEL GRUPO

¿DÓNDE INVERTIR “NUESTRO” ESCASO TIEMPO?

- EN TRABAJAR EN PRÁCTICAS SEGURAS QUE TENGAN ALTO IMPACTO
- SELECCIONAR NOTIFICACIONES DE INCIDENTES QUE SEAN UN EJEMPLO CLARO EN CUANTO A:
 - CAUSAS
 - FACTORES
 - PROPUESTAS DE MEJORA
- PARA CREAR CONTENIDOS CON LOS QUE DIFUNDIR MEJORAS Y RECOMENDACIONES





GESTIÓN DE LAS NOTIFICACIONES

•NOTIFICACIONES DE RIESGO BAJO (SAC-3, SAC-4 Y NO SAC)

- LOS GESTORES
- DATOS AGREGADOS
- INFORMES
- INFORMACIÓN Y DATOS PARA CREAR CONTENIDOS

•NOTIFICACIONES DE RIESGO ALTO (SAC-1 Y SAC-2)

- LOS GESTORES
- ANÁLISIS METODOLÓGICO
- INFORMES
- GRUPO DE TRABAJO
- DIRECCIÓN
- INFORMACIÓN Y DATOS PARA CREAR CONTENIDOS



Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente



INFORME ANUAL 2014

NOTIFICACIONES Y ACTIVIDADES

SINASP

061 ARAGÓN


GRUPO #SegPac 061 ARAGÓN



061



GESTIÓN DE LAS NOTIFICACIONES



"ANALIZAR PARA MEJORAR Y APRENDER."

ANÁLISIS CAUSAL MÉTODO LONDON

Modificado y adaptado para el

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

CC BY NC SA

CHABIER BROSED

GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA
GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO
Y CALIDAD ASISTENCIAL
061 ARAGON

INCIDENTE ANALIZADO:
Haga clic aquí para escribir texto.

4. IDENTIFICACIÓN Y CLASIFICACIÓN DEL INCIDENTE

- DAÑO PRODUCIDO O CONSECUENCIA DEL INCIDENTE

¿CUAL ES EL DAÑO PRODUCIDO?
(DESCRIBIR EN FRASE CORTA LA CONSECUENCIA GENERADA POR EL INCIDENTE)

Haga clic aquí para escribir texto.

TIPO DE INCIDENTE:

SITUACIÓN CON CAPACIDAD DE CAUSAR UN INCIDENTE	<input type="checkbox"/>
INCIDENTE QUE NO LLEGÓ AL PACIENTE	<input type="checkbox"/>
INCIDENTE QUE LLEGÓ AL PACIENTE	<input type="checkbox"/>

GRADO DE DAÑO (incidente que llegó al paciente):

MÍNIMO	EL INCIDENTE LLEGÓ AL PACIENTE PERO NO LE CAUSÓ DAÑO	<input type="checkbox"/>
MENOR	NO CAUSÓ DAÑO, PERO EL PACIENTE PRECISÓ MONITORIZACIÓN Y/O INTERVENCIÓN PARA COMPROBAR QUE NO HABÍA SUFRIDO DAÑO	<input type="checkbox"/>
MODERADO	CAUSÓ DAÑO TEMPORAL Y PRECISÓ INTERVENCIÓN	<input type="checkbox"/>
	CAUSÓ DAÑO TEMPORAL Y PRECISÓ HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>
CRÍTICO	CAUSÓ DAÑO PERMANENTE	<input type="checkbox"/>
	COMPROMETIÓ LA VIDA DEL PACIENTE Y PRECISÓ INTERVENCIÓN PARA MANTENER SU VIDA	<input type="checkbox"/>
CATASTRÓFICO	CAUSÓ LA MUERTE DEL PACIENTE	<input type="checkbox"/>

FRECUENCIA DE APARICIÓN O PROBABILIDAD DE RECURRENCIA:

MUY INFRECUENTE	<input type="checkbox"/>
POCO FRECUENTE	<input type="checkbox"/>
OCASIONAL	<input type="checkbox"/>
PROBABLE	<input type="checkbox"/>
FRECUENTE	<input type="checkbox"/>

SAC:
Haga clic aquí para escribir texto.

¿CUAL ES LA IMPRESION INICIAL DEL COMITE DE SEGURIDAD?
Haga clic aquí para escribir texto.



CREACIÓN DE CONTENIDOS

UTILIZAR LA INFORMACIÓN DEL SINASP PARA LA CREACIÓN DE CONTENIDOS

SOLUCIONES – PRÁCTICAS SEGURAS - RECOMENDACIONES
PARA:
MEJORAR LA SEGURIDAD – MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL

FORMAR – INFORMAR – DIFUNDIR

CREANDO CONCIENCIA DEL PROBLEMA FAVORECIENDO EL
DEBATE Y LA PUESTA EN COMÚN

CREAR CULTURA DE SEGURIDAD MEDIANTE:

PROPUESTAS CONCRETAS EN BASE A CASOS
CONCRETOS



DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DEL SINASP CREACIÓN DE CONTENIDOS

The screenshot displays the SINASP web application interface. At the top, there is a navigation bar with the SINASP logo and the text 'Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente'. Below this, the user is logged in as 'INCIDENTE (I)'. The main content area is titled 'Características del incidente' and contains several sections: 'Dónde ocurrió' (Where it occurred) with dropdown menus for 'Tipo de centro' (Hospital) and 'Área principal en que ocurrieron los hechos' (Servicios de apoyo / Otras), and 'Cuándo' (When) with dropdowns for 'Fecha en que ocurrió el incidente' (Day, Month, Year) and radio buttons for 'Hora en que ocurrió el incidente' (Exact hour, Time range, Unknown hour). There is also a section for 'Personas relacionadas con el incidente' (Number of people related to the case) with radio buttons for 1, 2, 3, 4, or 5. A sidebar on the left contains navigation buttons: 'INCIDENTE (I)', 'INCIDENTE (R)', 'PACIENTE', 'FACTORES CONTRIBUYENTES', 'MEDIDAS DE REDUCCIÓN DEL RIESGO', 'FINALIZAR NOTIFICACIÓN', and 'CONTINUAR EN OTRO MOMENTO'. A footer note states: 'Continuación solicitamos sus datos de contacto. Esta información sólo se utilizará para proporcionar feedback sobre el incidente que pudiera ser de su interés y para contactar con usted si fuese necesario.'



TRABAJO CON OTROS GRUPOS Y DEPARTAMENTOS

•EN BASE A LOS DATOS OBTENIDOS CON LAS NOTIFICACIONES EN EL SiNASP,, TRABAJO CON:

- GRUPO METODOLOGÍA ENFERMERA
- FARMACIA
- DOCENCIA FORMACIÓN
- SUMINISTROS Y MATERIALES
- ETC....



TRABAJO CON OTROS GRUPOS Y DEPARTAMENTOS

•GRUPO DE METODOLOGÍA ENFERMERA:

SEGURIDAD DEL PACIENTE

- 6540 Control infecciones
- 6482 Manejo ambiental :confort
- 6486 Manejo ambiental: seguridad
- 2380 Manejo de la medicación

TRANSFERENCIA “IDEAS”

- 0970 Transferencia
- 7960 Intercambio información cuidados S.

Enfermero UME (nº col.) _____

Enfermero Centro receptor _____



TRABAJO CON OTROS GRUPOS Y DEPARTAMENTOS

•FARMACIA:

RECOMENDACIONES E INDICACIONES SOBRE EL USO Y ALMACENAMIENTO DE FARMACOS

UN FARMACO/UN USO/UN PACIENTE	
EXCEPTO LA INSULINA, TODOS LOS FARMACOS SUMINISTRADOS SON PARA UN SOLO USO/UN SOLO PACIENTE. LOS VIALES SON MONODOSIS Y NO SE PUEDEN REUTILIZAR.	
SI	NO REUTILIZAR
	
INSULINA	BICARBONATO, SALBUTAMOL INHALADOR, GLUCOSA 50%, KETAMINA, ETC...
RECOMENDACIONES GENERALES	
NO PRECARGAR LA MEDICACIÓN, PREPARAR LA MISMA EN EL MOMENTO DE LA ADMINISTRACIÓN DESECHAR TODOS LOS RESTOS DE FARMACOS CARGADOS O ABIERTOS AL TERMINAR EL AVISO	
RECOMENDACIONES SOBRE INSULINA	
LA INSULINA TIENE UN PLAZO DE UTILIZACIÓN DE 6 SEMANAS DESPUES DE SU PRIMER USO ANOTAR EN EL VIAL LA FECHA DE APERTURA Y LA FECHA DE RETIRADA (6 SEMANAS DESPUÉS) GUARDAR SIEMPRE EN NEVERA ANTES DE PINCHAR PARA EXTRAER LA DOSIS DEL PACIENTE DESINFECTAR EL TAPÓN DE GOMA CON UNA GASA IMPREGNADA EN CLORHEXIDINA	

DISOLVENTES PARA LOS FARMACOS	
SIEMPRE QUE UNA PRESENTACIÓN FARMACÉUTICA CONTenga UN DISOLVENTE, ESTE SERÁ ESPECÍFICO PARA EL FÁRMACO SUMINISTRADO	
	NO DISOLVER CON SUERO FISIOLÓGICO
	UTILIZAR SÓLO EL DISOLVENTE SUMINISTRADO JUNTO CON EL FÁRMACO
	MANTENER SIEMPRE JUNTOS LOS FARMACOS CON SUS DISOLVENTES ESPECÍFICOS
	MANTENER SIEMPRE QUE SEA POSIBLE AMBOS EN EL ENVASE ORIGINAL
COMPROBAR LAS FECHAS DE CADUCIDAD DEL DISOLVENTE Y DEL FÁRMACO YA QUE NO SUELEN COINCIDIR. REGISTRAR EN EL ENVASE LA FECHA DE CADUCIDAD MÁS PRÓXIMA SI EL FÁRMACO NO TRAE DISOLVENTE ESPECÍFICO Y SE ENCUENTRA EN POLVO DILUIR CON AGUA ESTERIL PARA INYECTABLES	

FARMACOS MONODOSIS UTILIZADOS EN NEBULIZACIÓN		
RECOMENDACIONES PARA LOS FARMACOS SUMINISTRADOS PARA NEBULIZACIÓN EN MONODOSIS: SALBUTAMOL, BUDESONIDA Y BROMURO IPRATROPIO		
		
SALBUTAMOL	BUDESONIDA	BROMURO IPRATROPIO
RECOMENDACIONES GENERALES		
MANTENER SIEMPRE EN SU BUSTER/ENVASE ORIGINAL NO MEZCLAR LAS MONODOSIS EN DISTINTOS BLISTER/ENVASES		
RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS		
BUDESONIDA Y SALBUTAMOL UNA VEZ ABIERTO EL BUSTER TIENEN UN PLAZO DE UTILIZACIÓN DE 3 MESES ANOTAR EN EL ENVASE LA FECHA DE APERTURA Y LA FECHA DE RETIRADA/VALIDEZ (3 MESES DEPUÉS)		



TRABAJO CON OTROS GRUPOS Y DEPARTAMENTOS


- FORMACIÓN

INTRODUCCION A LA SEGURIDAD CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

DOSSIER CURSO


• **CONTENIDOS:**

- > INTRODUCCION
- > OBJETIVOS
- > METODOLOGIA
- > ESTRUCTURA CURSO
- > PROGRAMA FASE NO PRESENCIAL
- > PROGRAMA FASE PRESENCIAL
- > DOCENTES




D-1

CURSO CON UN TOTAL DE 20 HORAS LECTIVAS
15 HORAS NO PRESENCIALES Y 5 PRESENCIALES

 ACTIVIDAD ACREDITADA POR LA COMISION DE FORMACION CONTINUADA PARA LAS PROFESIONES SANITARIAS DE ARAGON CON 4,2 CREDITOS

4,2
CREDITOS

NOVIEMBRE 2014

 GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA
GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO Y CALIDAD ASISTENCIAL
DEL ARAGÓN

<u>TERCERA SEMANA</u>	6. SINASP (SISTEMA NOTIFICACION INCIDENTES) ✓ DOCUMENTACION RELATIVA AL SINASP ✓ GUION PARA EL EJERCICIO DE NOTIFICACION INCIDENTES EN EL SINASP
------------------------------	--



CREACIÓN DE CONTENIDOS PARA: INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR

TIC
TAC
TEP

RRSS

CMM

CCDD



INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR



seguridadclinica061
 @segurclinica061



TRANSFERENCIA PACIENTE METODO IDEAS: La transferencia del paciente sistematizada y ordenada aumenta la #SegPac youtu.be/X-mAnlgG0LE?a

9:11 PM - 2 Dec 2014



 YouTube @YouTube

EL BOLETÍN Nº 5 CON INFORMACIÓN EN SEGURIDAD CLÍNICA YA ESTÁ DISPONIBLE.

OS INVITAMOS A SU LECTURA Y DIFUSIÓN ENTRE TODOS LOS COMPAÑEROS



GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE 061 ARAGÓN

BOLETÍN Nº 5

BOLETÍN Nº 5 INFORMATIVO SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL 061 ARAGÓN

Nº 5 MARZO 2015

BOLETÍN INFORMATIVO SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL 061 ARAGÓN

CONTENIDOS:

- SINASP (Sistema de Notificación de Incidentes)
- FORMACIÓN
- NOVEDADES EN SEGURIDAD CLÍNICA
- REDES SOCIALES Y TIC
- TAXONOMÍA
- CULTURA DE SEGURIDAD

CONTENIDO:

- SINASP
- FORMACIÓN
- NOVEDADES EN SEGURIDAD CLÍNICA
- REDES SOCIALES Y TICs
- TAXONOMÍA
- CULTURA SEGURIDAD



MailChimp



INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR



issuu

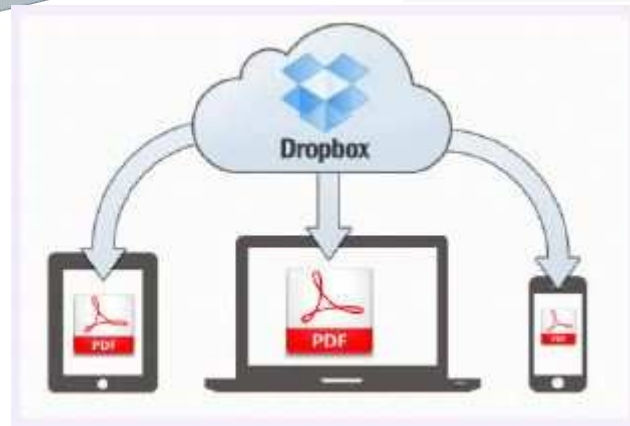
Subir Explorar Fuente Herramientas Pilas Siguiendo

EDITAR PERFIL 9 Publicaciones 4 Pilas



SEGURIDAD CLÍNICA 061

Información y Formación en Seguridad Clínica para los profesionales del 061
plus.google.com/u/0/communities/106398722241018394749



INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR RRSS



INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR BOLETINES

Nº 5

MARZO 2015



BOLETÍN INFORMATIVO SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA EN EL 061 ARAGÓN

CONTENIDOS:

- SiNASP (Sistema de Notificación de Incidentes)
- FORMACIÓN
- NOVEDADES EN SEGURIDAD CLÍNICA
- REDES SOCIALES Y TIC
- TAXONOMÍA
- CULTURA DE SEGURIDAD



@segurclinica061



seguridadclinica061aragon@gmail.com



Comunidad G+ Seguridad Clínica 061

www.



.com/user/SeguridadClinica061



GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA
GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO
Y CALIDAD ASISTENCIAL
061 ARAGÓN



BOLETÍN INFORMATIVO SOBRE SEGURIDAD CLÍNICA



NOTIFICACIONES DESTACADAS:

Son varias las Notificaciones que se pueden destacar por su valor para el aprendizaje y la mejora. Entre ellas destaca una sobre un traslado secundario donde la medicación (dosis y dilución) que figuraba en el informe, la medicación que se estaba administrando y la medicación que se transmitió verbalmente por parte del personal de enfermería del centro emisor NO coincidían. Sobre esta Notificación realizaremos un Monográfico analizándola en profundidad.



Otra de las Notificaciones nos informaba sobre la existencia de varias presentaciones para un mismo fármaco (misma dosis, misma concentración pero distinto formato). Esto ocurría con el Midazolam, Ketorolaco y Urapidil.

En la misma Notificación se informaba de la presencia de Ketamina en un vial en "Turco" con nombre comercial Ketalar®.

Se realizó un informe/resumen, indicando el riesgo y las recomendaciones de mejora propuestas por el notificador, que fue enviado al Departamento de Farmacia, desde el cual se nos indicó que la Ketamina se sirve como medicamento extranjero y debido a los desabastecimientos que sufren los laboratorios en ocasiones puede ocurrir que el vial no esté en castellano, pero no cambia ni la concentración ni la cantidad. Respecto al Midazolam, Ketorolaco y Urapidilo se ha cambiado de proveedor y por eso pueden coexistir ambas presentaciones durante un tiempo.



INFORMAR – DIFUNDIR – FORMAR BOLETINES

Recomendaciones para la Prevención de IN en la IOT

ASEPSIA

REALIZAR CAMBIO DE GUANTES:
RETIRADA DE GUANTES
HIGIENE DE MANOS CON STERILLIUM
COLOCARSE GUANTES NUEVOS

HIGIENE DE MANOS CAMBIO DE GUANTES

DISTRIBUCIÓN DE LOS MATERIALES NECESARIOS SOBRE UN PAÑO ESTERIL

MATERIALES

PARA MANIPULAR Y DAR FORMA AL TUBO UTILIZAR GASAS ESTÉRILES Y PROTEGER LA PARTE DISTAL DEL TUBO

MANIPULACIÓN

PARA LUBRIFICAR EL TUBO... VERTER EL LUBRICANTE HIDROSOLUBLE SOBRE GASAS ESTÉRILES Y APLICAR CON ELAS

REINTENTO

EN CASO DE INTENTO FALLIDO COLOCAR LOS MATERIALES UTILIZADOS SOBRE EL PAÑO ESTERIL HASTA VOLVER A INTENTAR LA MANIOBRA

MATERIALES

PREVISIONES Y MANEJO

PRESIONES
MANTENER LAS PRESIONES DEL NEUMOTAPÓN ENTRE 25-30

30°
SI LA PATOLOGÍA LO PERMITE COLOCAR EL CABECERO ELEVADO 30°

SNG
COLOCAR SNG PARA EVITAR REFLUJO GÁSTRICO

LIMPIEZA-DESINFECCIÓN-ESTERILIZACIÓN

- 1 REALIZAR LIMPIEZA-DESINFECCIÓN DE SUPERFICIES Y MATERIALES NO CRÍTICOS
- 2 REALIZAR DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL DE MATERIALES SEMI-CRÍTICOS (PALAS LARINGO, PINZAS DE MAGILL)
- 3 ESTERILIZAR MATERIAL CRÍTICO (TUBULADURA)


GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE 061 ARAGÓN

seguridadclinica061aragon@gmail.com



INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR MONOGRÁFICOS

1 ABRIL 2014



MONOGRAFICO SEGURIDAD CLINICA

ANÁLISIS DE NOTIFICACIONES DE INCIDENTES EN EL PROCESO DE ADMINISTRACION DE LA MEDICACION Y TRANSMISION DE ORDENES VERBALES

El monográfico que publicamos a continuación está basado en el análisis de 3 incidentes notificados en el SiNASP. Los incidentes comunicados de forma anónima, confidencial y voluntaria al mencionado sistema, han sido seleccionados por las posibilidades de aprendizaje que ofrecen.

Sistema de Notificación y Aprendizaje para la Seguridad del Paciente

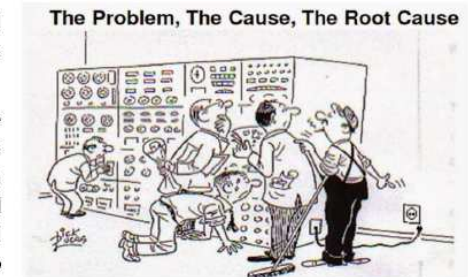
061

GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA
GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO
Y CALIDAD ASISTENCIAL
061 ARAGON

ANÁLISIS DE LOS INCIDENTES Y DISCUSION

Al hacer el análisis de los casos hay que diferenciar entre el “fallo activo” o causa próxima que está ligada al profesional de los “fallos latentes” o causas raíz que están ligadas al sistema y al proceso.

Para que se produzca el “fallo activo” se tienen que dar unas condiciones que en cadena de errores en el sistema propician que el final el profesional cometa el error. Si bien la responsabilidad del “fallo activo” es humana y el profesional es quien comete el error lo que importa no es QUIÉN? Sino el QUÉ? CÓMO? Y POR QUÉ? se produjo el error. Culpabilizar no es la solución al problema que generó el error ni impide que este vuelva a ocurrir.



INCIDENTES NOTIFICADOS RELACIONADOS CON:

- ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN
- TRANSMISIÓN ORDENES VERBALES

MONOGRAFICO Nº1 SEGURIDAD CLINICA 061ARAGON

Dicho manual no estará completado hasta final de año, pero podemos avanzar algunas de las recomendaciones que aparecerán en el mismo y que están relacionadas con los casos analizados, teniendo en cuenta que sólo son recomendaciones, pero que su cumplimiento conlleva una práctica asistencial más segura.


RECOMENDACIONES QUE SE PUBLICARÁN EN EL MANUAL:

RECOMENDACIONES	
✓	Verificar el fármaco en el momento de la preparación: nombre, concentración, caducidad, vía de administración, estado del fármaco y del envase.
✓	No usar el nombre comercial, usar el nombre genérico o el principio activo.
✓	Para las dosis (siempre que el fármaco lo permita) se utilizarán unidades de peso (g, mg, mcg) y no unidades de volumen o número de ampollas.
✓	Rotular/Identificar/Etiquetar las jeringas, sueros y perfusiones adecuadamente, sin abreviaturas.
✓	No utilizar fármacos cuyos ampollas o viales no estén correctamente identificados o etiquetados o que este en mal estado.
✓	Conservar los envases, ampollas, viales, etc. hasta finalizar la asistencia.
✓	Verificar alergias del paciente así como tratamientos previos valorando posibles interacciones farmacológicas.
✓	El médico prescribe la medicación y transmite la orden SIEMPRE a la enfermera.
✓	La enfermera al recibir la orden CONFIRMA (1ª) la comprensión de la orden relleniendo el fármaco, la dosis, la dilución y la vía de administración.
✓	Si el TTS ha preparado la medicación se la entregará a la enfermera y CONFIRMARÁ la orden relleniendo el fármaco, la dosis y la dilución.
✓	La Enfermera antes de administrar la medicación se lo comunicará al Médico, relleniendo el fármaco, la dosis, la dilución y vía de administración.
✓	2ª CONFIRMACION
✓	Aplicando la regla de los 5 "correctos": <ul style="list-style-type: none"> • Paciente correcto (especial atención en AMV) • Fármaco correcto • Dosis y dilución correcta • Hora correcta • Vía de administración correcta.
✓	El Médico y la Enfermera comprobarán y CONFIRMARÁN (3ª) que las HF Clínicas coinciden en los fármacos administrados y las ordenes dadas.
✓	Utilizar dosis de administración, protocolizar concentraciones y forma de preparación de diluciones. Emplear perfusiones estandarizadas.
✓	Cualquier prescripción u orden que genere algún tipo de duda debe ser clarificada antes de su preparación y administración.
✓	No precargar la medicación, preparando la misma en el momento de la administración.



INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR MONOGRÁFICOS



2 DICIEMBRE 2014




MONOGRÁFICO SEGURIDAD CLÍNICA

TRANSFERENCIA DE PACIENTES

Una Transferencia del Paciente sistematizada y ordenada favorece la eficacia de la comunicación y, por tanto, incide positivamente sobre la Seguridad del Paciente.
En este monográfico os proponemos el método IDEAS para la Transferencia de pacientes

GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA
GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO
Y CALIDAD ASISTENCIAL
061 ARAGÓN



INCIDENTES NOTIFICADOS RELACIONADOS CON:

- TRANSFERENCIA DE PACIENTES
- COMUNICACIÓN

IDEAS

CHECKLIST DE TRANSFERENCIA DE PACIENTES ESTANDARIZADA SEGÚN EL MÉTODO IDEAS

I.D.E.A.S	
I	IDENTIFICACIÓN
<ul style="list-style-type: none"> Identificación del profesional responsable del paciente. Identificación del profesional que recibe al paciente. Identificación del paciente: Nombre y Apellidos, Sexo, Edad, Localización, Nacionalidad, Idioma, Estilo de vida, hábitos tóxicos, etc. 	
D	DIAGNOSTICO
<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico actual. Diagnósticos previos, antecedentes, enfermedades crónicas, intervenciones quirúrgicas, tratamiento habitual, etc. Alergias 	
E	ESTADO
Función Respiratoria	Frecuencia y patrón respiratorio, ventilación mecánica, Saturación de O ₂ , clamor, expectoración, auscultación pulmonar...
Función Hemodinámica	Frecuencia cardíaca, ritmo, tensión arterial, relleno capilar, pulso, edemas, sangrados, auscultación cardíaca...
Función Neurológica	Nivel de conciencia, orientación, alteraciones de la conducta, focalidad neurológica, movilidad, sensibilidad, coordinación, reflejos, pupilas...
Función Renal-Metabólica	Diuresis, incontinencia, alteraciones electrolíticas, pH...
Función Digestiva-Endocrina	Náuseas, vómitos, glucemia, nutrición, dieta...
Función Locomotora-Piel	Motricidad, autonomía, lesiones, heridas (tipo y localización), quemaduras, deformidades, sudoración...
Función Inmunológica-Hematológica	Signos de infección, anemia, coagulopatía...
Dolor	Nivel, tipo, duración, localización...
A	ACTUACIONES
Soporte Respiratorio	Digoxinoterapia, IOT, modo ventilatorio, aspiración.
Fármacos	Administrados, actuales, perfusiones, bombas...
Vías	Accesos venosos periféricos, centrales, intraosóseos.
Sondas	Digestivas, urológicas.
Técnicas e Instrumental	Mansapas, desfibrilación, diálisis.
Pruebas Diagnósticas	ECG, analíticas, pruebas de imagen (Rx, TAC, RMN...)
Cuidados	Curas, taponamientos heridas, postura de traslado, cambios posturales, drenajes.
S	SIGNOS Y SÍNTOMAS DE ALARMA
Resumen y Recordatorio de los aspectos más importantes que requieren una especial atención, incluidas alergias.	

*Modificado de Diego Morales R.

GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO Y CALIDAD ASISTENCIAL 061 ARAGÓN



YouTube ES

IDEAS

TRANSFERENCIA DEL PACIENTE

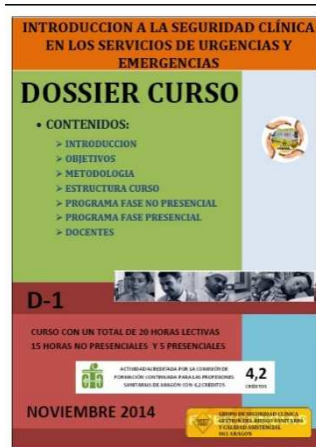
0:01 / 4:29

TRANSFERENCIA PACIENTE METODO IDEAS




INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR

- TRANSFERENCIA DE PACIENTES
- COMUNICACIÓN



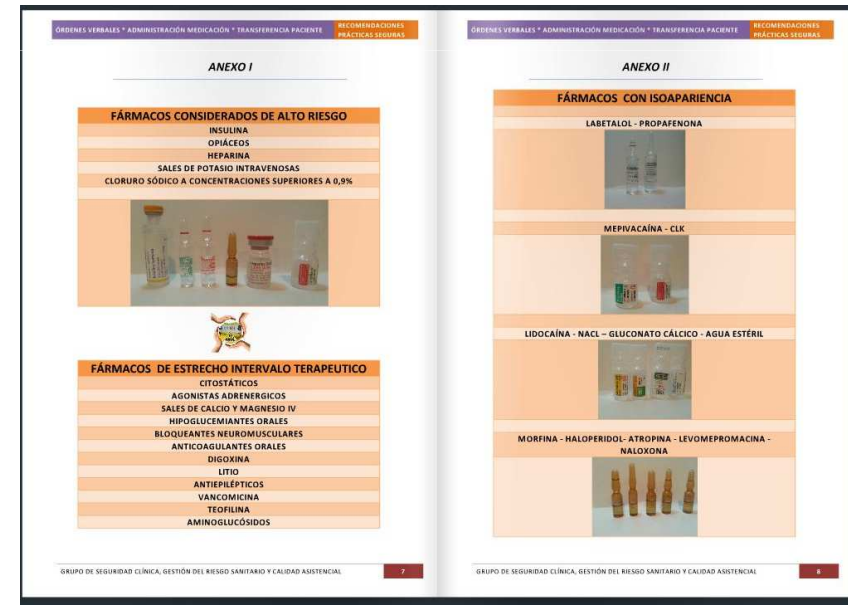
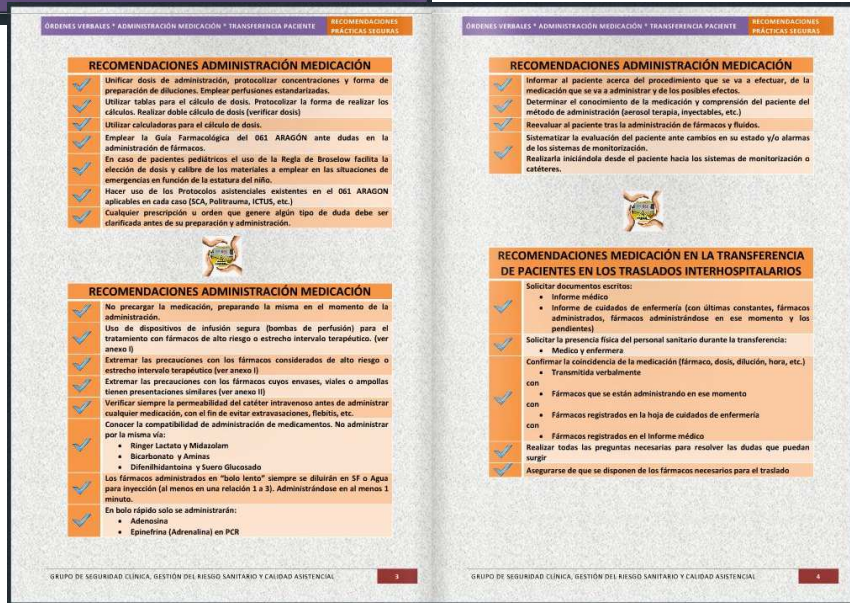
- TRABAJO CONJUNTO CON PERSONAL HOSPITAL (HELL)
- REALIZACIÓN DE SESIONES CONJUNTAS
- REALIZACIÓN TALLERES PRÁCTICOS (IDEAS – SAER)
- TEMA ESPECÍFICO CURSO 061



INFORMAR - DIFUNDIR - FORMAR

MANUAL RECOMENDACIONES

- ADMINISTRACIÓN MEDICACIÓN
- TRANSMISIÓN ORDENES VERBALES
- TRANSFERENCIA DE PACIENTES
- COMUNICACIÓN



PROYECTOS



- PILDO-VIDEOS
- MONO-VIDEOS

A screenshot of the YouTube channel page for 'Seguridad Clínica 061'. The banner features a yellow background with a 'SAFETY FIRST!' sign and the text 'GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA GESTIÓN DEL RIESGO SANITARIO Y CALIDAD ASISTENCIAL 061 ARAGON'. Below the banner, the channel name 'Seguridad Clínica 061' is displayed with a 'Suscribirse' button showing 20 subscribers. The navigation menu includes 'Inicio', 'Videos', 'Listas de reproducción', 'Canales', 'Comentarios', and 'Más información'. The 'Videos subidos' section shows three video thumbnails: 'TRANSFERENCIA PACIENTE METODO IDEAS' (4:30, 1,173 visualizations), 'PROMOCIÓN SINASP 061 ARAGÓN' (6:39, 219 visualizations), and 'Video Vincristina para analizar' (17:07, 3,363 visualizations). A 'Canales recomendados' sidebar on the right lists 'Observatorio para...', 'Sociedad Español...', and 'Esther Gorjón', all with 'Suscrito' buttons.

A promotional graphic for 'BREVES puntoCOM'. The title 'BREVES puntoCOM' is at the top. The main text reads: 'BREVES puntoCOM ES UN NUEVO FORMATO CON EL QUE PRETENDEMOS COMPARTIR CON VOSOTROS BREVES PAQUETES INFORMATIVOS/FORMATIVOS SOBRE LA #SegPac. APROVECHANDO LAS OPORTUNIDADES DE LAS TICs, LAS RS, LOS CM Y CD. OS INVITAMOS A SU LECTURA Y DIFUSIÓN ENTRE TODOS LOS COMPAÑEROS'. There are two images: one showing hands holding a globe with a radiation symbol and '061' on it, and another showing a person at a computer. At the bottom, a white box contains the text 'GRUPO DE SEGURIDAD CLÍNICA DEL PACIENTE 061 ARAGÓN'.



RESUMEN

- EL SINASP NOS SIRVE PARA OBTENER INFORMACIÓN Y DATOS
- CREACIÓN DE CONTENIDOS PARA:
 - ✓ INFORMAR – DIFUNDIR – FORMAR
- DE UNA MANERA FORMAL – INFORMAL
- PERO SIEMPRE “**CERCANA**” – “**PRÓXIMA**”
- **CREANDO CULTURA DE #SEGPAC DESDE DENTRO**





@segurclinica061



www.YouTube.com/user/SeguridadClinica061



seguridadclinica061aragon@gmail.com

CHABIER BROSED Y PASCU GARCÉS
Grupo de Seguridad Clínica del Paciente
061 Aragón
seguridadclinica061aragon@gmail.com



2. ¿CÓMO TRABAJAMOS CON SINASP EN EL EOXI DE VIGO?

DOMÍNGUEZ ARIAS, BEGOÑA

GESTORA ÁREA SINASP XERENCIA XESTIÓN INTEGRADA DE VIGO

¿Cómo Trabajamos con SiNASP en el EOXI de Vigo?

WEBINARIO SiNASP Abril 2015

Autora: Domínguez Arias, Begoña; Gestora Área SiNASP Xerencia Xestión Integrada de Vigo



¿Donde trabajamos? COMPOSICIÓN EOXI VIGO

**5 Hospitales (Meixoeiro, Xeral, Cies, Nicolás peña, Rebullón)
+ 2 centros de especialidades (Coia, Doblada)
+ 54 Centros de Salud**

- Distintas especialidades incluídas psiquiatría y rehabilitación psiquiátrica
- Gran dispersión geográfica entre hospitales y también centros de salud
- nº de camas: 1250
- nº de personal total del EOXI: ± 7000 trabajadores
- nº de personal declarante SiNASP : 3846



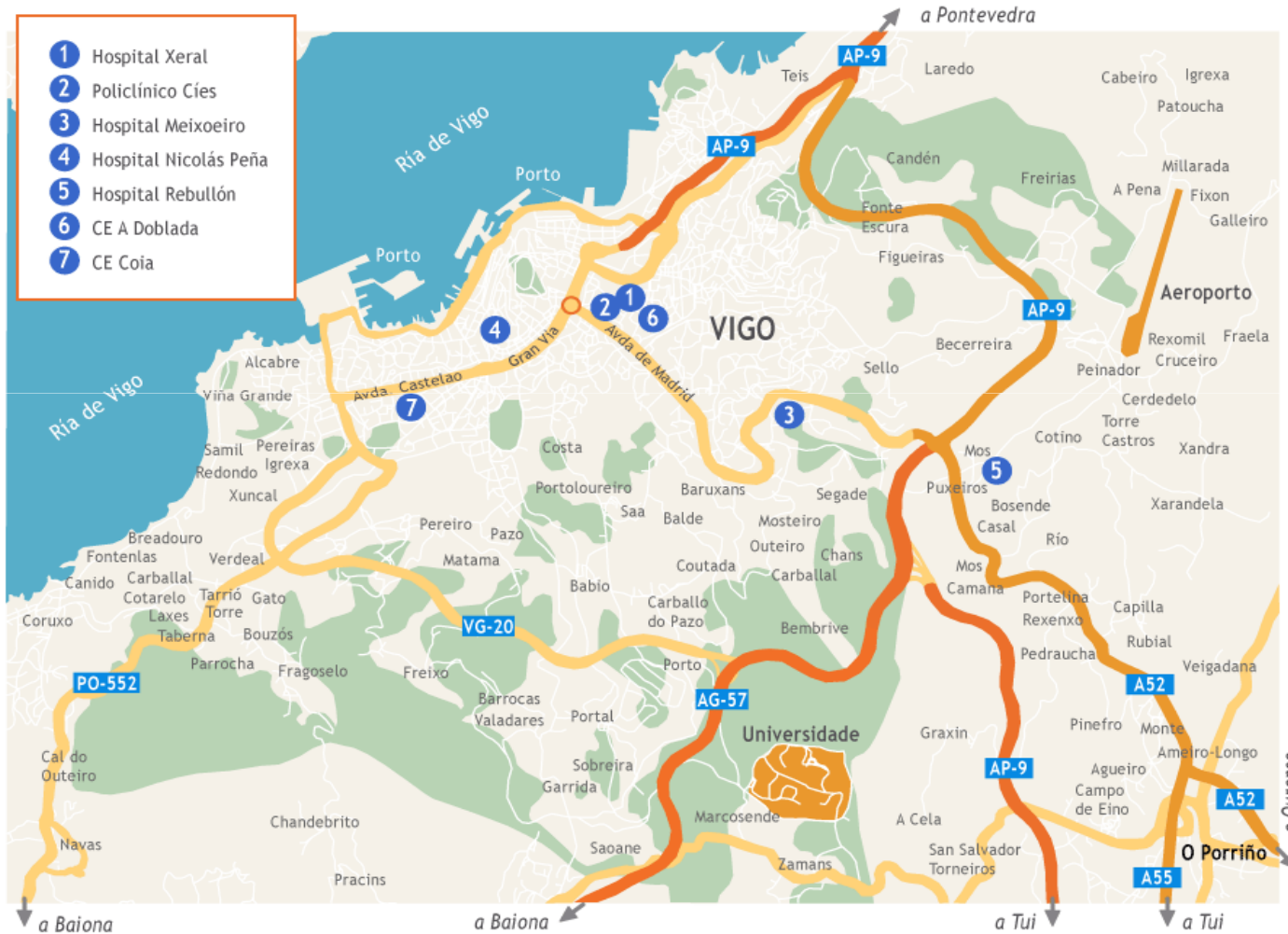


XUNTA DE GALICIA
CONSELLERÍA DE SANIDADE



SERVIZO GALEGO de SAÚDE

Xerencia de Xestión Integrada de Vigo



Grupo Gestor SiNASP EOXI VIGO

¿Cuándo empezamos?

Año 2010



1º.-Formación SiNASP gestores (Consellería)

2º.-Constitución del grupo seguridad pacientes (+ 50 miembros)

!!!!ERROR GRUPO NO OPERATIVO!!!!!!

Año 2011

3º.-Constitución grupo gestor SiNASP (9 miembros) Multidisciplinar y por áreas **!!!!MUY OPERATIVO!!!**

Año 2014

4º.-Constitución Núcleo de Seguridad Pacientes = grupo gestor SiNASP + gestores de SiNASP Atención Primaria, con implantación SiNASP en 3 centros (Matamá, Porriño y Salvaterra).

5º.- Incremento de 4 miembros en el grupo gestor por detectar necesidades en algunas áreas.

¿Quiénes somos el grupo gestor SiNASP?



Adelina Fernandez García. Enfermera Unidad de Calidad de Cuidados

Ana Concheiro Guisan. Facultativa Especialista Área Pediatría

Begoña Dominguez Arias. Subdirectora Procesos Enfermería

Carlos Esteva Lorenzo. Facultativa Especialista Área Anestesia

Clara González Formoso. Enfermera Unidad Apoyo Primaria

Dolores Vila Alonso. Jefa de Servicio UCI EOXI

M^a Angeles Fernandez Aldao. Supervisora Área Funcional Proceso Quirúrgico

M^a Jesús Díaz Veiga. Facultativa Especialista de Área Diagnostico Imagen

Mar Vázquez Salvado. Directora Médica Área Hospitalización

Rosa María Martínez Rolán. Facultativa Especialista de Área Neurocirugía

Susana San Martin Alvarez. Facultativa Especialista Área Farmacia

Victor del Campo Pérez. Jefe Servicio Medicina Preventiva

Victoria Lojo Vicente. Directora Escuela Universitaria de Enfermería

¿Cómo lo hacemos? (1)

- Nos reunimos todos los Viernes del año (Excepto festivos y mes de Agosto).
- Siempre en horario de 8,30 a 10 h y en el mismo lugar (sala Juntas del H. Meixoeiro), con lo cual todos reservamos en nuestras agendas ese día y esa hora para todo el año.
- Abrimos todas las notificaciones que se han producido, las analizamos; si tenemos dudas sobre como se ha producido el incidente lo investigamos.
- Los que investigamos nos los repartimos por áreas.
- Si el incidente afecta a varias áreas o categorías realizamos un ACR.

¿Cómo lo hacemos? (2)

- Cuando salta un SAC 2 nos reunimos 3 gestores urgentemente y se comunica a la dirección asistencial, se analiza y se proponen mejoras.
- Las mejoras propuestas por el grupo se transmiten a los responsables de las áreas, o se comienza a trabajar con ellos, se les pasan notificaciones, se realizan PRD.
- Si ya están en marcha las medidas de mejora se comunica a los notificantes.
- En cada reunión se levanta acta y se registran las notificaciones a investigar y la persona del grupo que se hará cargo de la notificación.

¿Qué hemos hecho hasta ahora? (1)

INCIDENTES	MEJORAS
Incidentes por exceso de pruebas radiológicas en preoperatorios.	Elaboración de PRD entre cirujanos, anestesistas y radiólogos, eliminando pruebas radiológicas innecesarias.
Incidentes con DRUMS.	Cambio a nuevos catéteres.
Incidente administración nutrición enteral en niño.	Cambio de todos los equipos de alimentación enteral para administración por Bomba en pediatría.
Incidentes de identificación de pacientes.(2)	Actualización y recordatorio del PRD en la nueva INTRANET del EOXI.
Incidentes lámpara calorífica pediatría.	Cambio de ubicación de las lámparas de calor.
Incidentes partículas de caucho en viales.	Cambio de las agujas de carga en todo el complejo.
Incidentes cajas de material quirúrgico.	Elaboración de tríptico sobre cuidado de material quirúrgico.



¿Qué hemos hecho hasta

INCIDENTES	MEJORAS
Incidentes prescripción medicación.	Impulso, instalación y utilización del aplicativo SILICON para la prescripción y administración de medicamentos en todo el complejo.
Incidentes caídas pacientes en hospitalización	Elaboración de poster prevención de caídas y colocación en todas las habitaciones del complejo.
Incidentes prescripción quimioterapia.	Revisión de circuito de prescripción de quimioterapia.
Incidente mascarilla prematuros	Cambio de tipo de mascarillas.
Incidentes dietas por aplicativo DITOOOL	Cambios en el aplicativo DITOOOL.
Incidentes de identificación en Diagnostico por Imagen.	Talleres con todo el personal de enfermería (TSID, Enfer.) para la explicación del PRD de identificación.
Incidentes de extracción analítica en AP	Revisión de PRD de extracción y citas analíticas y elaboración y distribución de nuevos poster a todos los C. de Salud afectados.

¿Qué hemos hecho hasta

INCIDENTES	MEJORAS
Incidentes biopsias mama	Colocación de impresora de etiquetas en la sala de biopsias de mama.
Incidentes de Identificación de pacientes	Elaboración y adaptación del PRD de identificación del sergas y aplicación de pulseras de identificación a todos los pacientes hospitalizados del Complejo.
Administración no correcta de Midazolam en quirófano pediátrico.	Realización de tabla de diluciones en dosis por Kg de peso, por los anestesiistas.
Incidentes de identificación de pacientes en los puntos de admisión.	Colocación de carteles informativos en los puntos de admisión de todo el complejo.
Incidentes de detección de una sustancia de apariencia oleosa en la parte interior del embolo de las jeringas de administración de contraste.	Se envía a la casa comercial que después de realizar el análisis correspondiente concluye que: El examen visual se encontró evidencia de silicona residual en los cuerpos de la jeringa que es el lubricante que se aplica a los émbolos y a la jeringa en el proceso de montaje, esto no es inusual y no representa ningún riesgo para la seguridad del paciente. (* Ver informe Bayer en archivo SiNASP)

¿Qué hemos hecho hasta ahora? (4)

INCIDENTES	MEJORAS
Rotura de catéter en paciente pediátrico.	Después del informe de la casa comercial como posible causa la presión de las jeringas que se utilizan, se envía nueva tabla de presiones de las jeringas a las unidades de pediatría, siendo informadas las supervisoras para que realizaran sesiones en sus unidades sobre este tema. (*Ver informe)
Caídas reiteradas en escaleras mecánicas.	Se realiza cartel informativo de prevención que se coloca en cada piso de las escaleras mecánicas. Se distribuyen celadores/as en las plantas de CCEE donde están situadas las escaleras mecánicas.
Incidente fallos de bisturí eléctrico.	Envío a la casa comercial y establecimiento de revisiones anuales de dichos equipos. (* Ver informe)
Rotura de catéter en paciente pediátrico.	Revisión del PRD de canalización con la casa comercial y cambio en el PRD del antiséptico utilizado para la desinfección de la piel.
Incidentes con guantes estériles.	Inmovilización y cambio de los lotes defectuosos.

¿Qué hemos hecho hasta ahora? (5)

INCIDENTES	MEJORAS
Incidente con gases medicinales.	Revisión con manteniendo de los PRD de manejo de gases por el personal de nueva incorporación y retirada de todos los gases que no eran medicinales de los almacenes.
Incidente con administración de quimioterapia en niño.	Revisión del PRD de administración de la quimioterapia en pediatría y establecimiento con Farmacia del doble chequeo antes de la administración por parte de enfermería.
Incidente rotura sonda vesical en niño.	Envío de la sonda al fabricante y revisión del PRD con urólogos.

¿Qué hemos hecho hasta ahora? (6)

► FORMACIÓN

- ✓ Talleres y cursos de seguridad de pacientes, SiNASP, Prevención errores medicación.....

► INFORMACION

- ✓ Notificación a responsables de las incidencias que ocurren en sus áreas.
- ✓ Información a la dirección asistencial de los incidentes reiterativos a pesar de las medidas de mejora.
- ✓ Referencia de SiNASP en los manuales de acogida al personal sanitario de nueva incorporación en el EOXI.

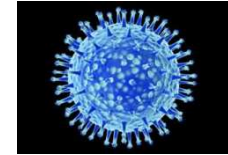
► IMPLICACIÓN

- ✓ Participación de los implicados en el incidente en los ACR y propuestas de mejora.
- ✓ SiNASP comprometido con los objetivos de unidades y servicios.

► COMUNICACIÓN

- ✓ Pantallazos los 5 primeros días de cada mes con líneas de seguridad de pacientes o recordatorios de los PRD de seguridad.
- ✓ Boletines semestrales con el resumen de las declaraciones, mejoras, fotos de incidentes, etc., que se cuelga en la INTRANET y se difunde por correo electrónico en Hospitalaria y Primaria

Pantallazos



¿Sabías que “no respetar la confidencialidad del paciente puede suponer penas de prisión de uno a cuatro años, multa de doce a veinticuatro meses e inhabilitación de dos a seis años” (art 199.2 Código Penal)?



He recomendado a mis pacientes vacunarse contra la gripe?

¿Por qué hacemos el check-list quirúrgico?

¿Está toda la información del proceso del paciente reflejada y accesible a todos los implicados en su asistencia?
¿Se han comunicado los cambios y decisiones que se van a tomar?

«La prescripción racional se consigue cuando el profesional bien informado al paciente un medicamento **bien seleccionado**, en la **dosis adecuada** durante el período de **tiempo apropiado** y al **menor coste posible**».



Boletines



BOLETÍN INFORMATIVO
 Xerencia Xestión Integrada de Vigo
SEGURIDAD DEL PACIENTE
 Diciembre 2014

En el pasado mes de octubre se realizó una Auditoría Interna sobre CLK e identificación de pacientes en todo el Complejo, cuyos resultados os mostramos a continuación.

CLK		IDENTIFICACION	
Nombre del indicador	RESULTADO	Nombre del indicador	RESULTADO
% de prácticas con CLK e incluido en el que lo dice de CLK. (e está escrito en el folio o en el)	84,00%	% de madres identificadas	99,85%
% de unidades con zona de atracción de alta de CLK separada del resto de maternidad	100,00%	% de parturixas con datos legibles	100,00%

MADRES

Nombre del indicador	RESULTADO
% de recién nacidos identificados	100,00%
% de parturixas con datos legibles	100,00%
% de recién nacidos con identificación entera sobre el total de RN identificados.	0,00%

RESULTADOS POR UNIDADES

Nombre del indicador	RESULTADO
% de unidades con registro de datos chequeo en IDENTIFICACIÓN de concentrados de CLK	100,00%
% de unidades con registro de datos chequeo en ADMINS TRACIÓN de concentrados de CLK	100,00%
% de suaves con datos de identificación con datos y ubicación de RN	100,00%

ENHORABUENA A TODAS LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN POR LOS RESULTADOS EN ADMINISTRACIÓN DEL CLK

ENHORABUENA AL AREA MATERNA POR LOS RESULTADOS EN IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES

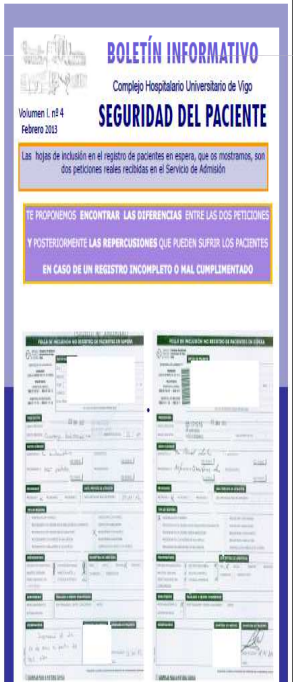
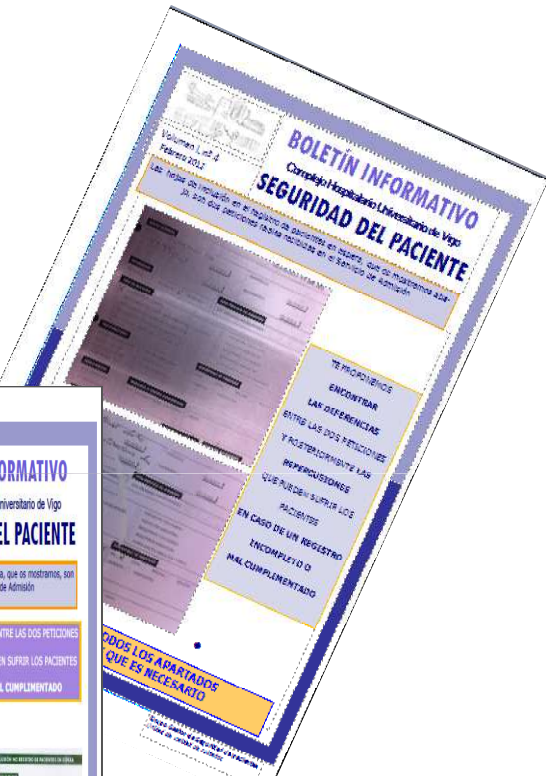
TE PROPONEMOS ENCONTRAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS DOS PETICIONES Y POSTERIORMENTE LAS REPERCUSIONES QUE PUEDEN SUPLENIR LOS FACILITES EN CASO DE UN REGISTRO INCOMPLETO O MAL CUMPLIMENTADO

TE PROPONEMOS ENCONTRAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS DOS PETICIONES Y POSTERIORMENTE LAS REPERCUSIONES QUE PUEDEN SUPLENIR LOS FACILITES EN CASO DE UN REGISTRO INCOMPLETO O MAL CUMPLIMENTADO

TE PROPONEMOS ENCONTRAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS DOS PETICIONES Y POSTERIORMENTE LAS REPERCUSIONES QUE PUEDEN SUPLENIR LOS FACILITES EN CASO DE UN REGISTRO INCOMPLETO O MAL CUMPLIMENTADO

TE PROPONEMOS ENCONTRAR LAS DIFERENCIAS ENTRE LAS DOS PETICIONES Y POSTERIORMENTE LAS REPERCUSIONES QUE PUEDEN SUPLENIR LOS FACILITES EN CASO DE UN REGISTRO INCOMPLETO O MAL CUMPLIMENTADO

Grupo Gestor de Seguridad de pacientes
 Unidad de Calidad de Coes



Además nos ha servido hasta ahora para:

Conocer:

- ✓ La situación de riesgo real de nuestros pacientes.

Fomentar:

- ✓ La cultura de seguridad e implicar a los profesionales de que de los errores se aprende.
- ✓ La implicación del equipo multidisciplinar en seguridad de pacientes.
- ✓ La declaración de nuestros propios errores y los de nuestros compañeros, desdramatizando el evento.

Actuar:

- ✓ Cambiando circuitos, PRD's, procesos que hasta ahora suponíamos seguros.
- ✓ Corrigiendo disfunciones e implementando mejoras
- ✓ Diseñando la calidad y seguridad de los pacientes a los que atendemos.

Evaluar:

- ✓ Las mejoras implantadas

Estrategias clave

- ✓ Convencer de que es un sistema no punitivo.
- ✓ Implicar a la dirección.
- ✓ Grupo gestor = Personas motivadas y con visión amplia y positiva.
- ✓ Mantener FEED-BACK con los declarantes.

Grupo Gestor SiNASP EOXI VIGO

SINASP DECLARACIONES 2011

MES	AP	H	TOTAL EOXI	Nº TRABAJADO RES*	% EOXI
					6,762
					41771
TOTAL	0	226	226	3342	4

SINASP DECLARACIONES 2012

MES	AP	H	TOTAL EOXI	Nº TRABAJADO RES*	% EOXI
					5,056
					85218
TOTAL	0	169	169	3342	4

SINASP DECLARACIONES 2013

MES	AP	H	TOTAL EOXI	Nº TRABAJADO RES*	% EOXI
					5,745
					06283
TOTAL	0	192	192	3342	7

SINASP DECLARACIONES 2014

MES	AP	H	TOTAL EOXI	Nº TRABAJADO RES**	% EOXI
					7,852
					31409
TOTAL	89	213	302	3846	3

A modo de conclusión:

Nos sirve para conseguir que nuestros pacientes se sientan seguros.

Y sobre todo, SiNASP nos ayuda a desterrar la creencia de que:

“A nosotros eso no nos pasa”.
“Eso no ocurre en mi centro ni en mi servicio”.

**MUCHAS GRACIAS A
TODOS POR SU
ATENCIÓN Y ...¡¡ÁNIMO!!**

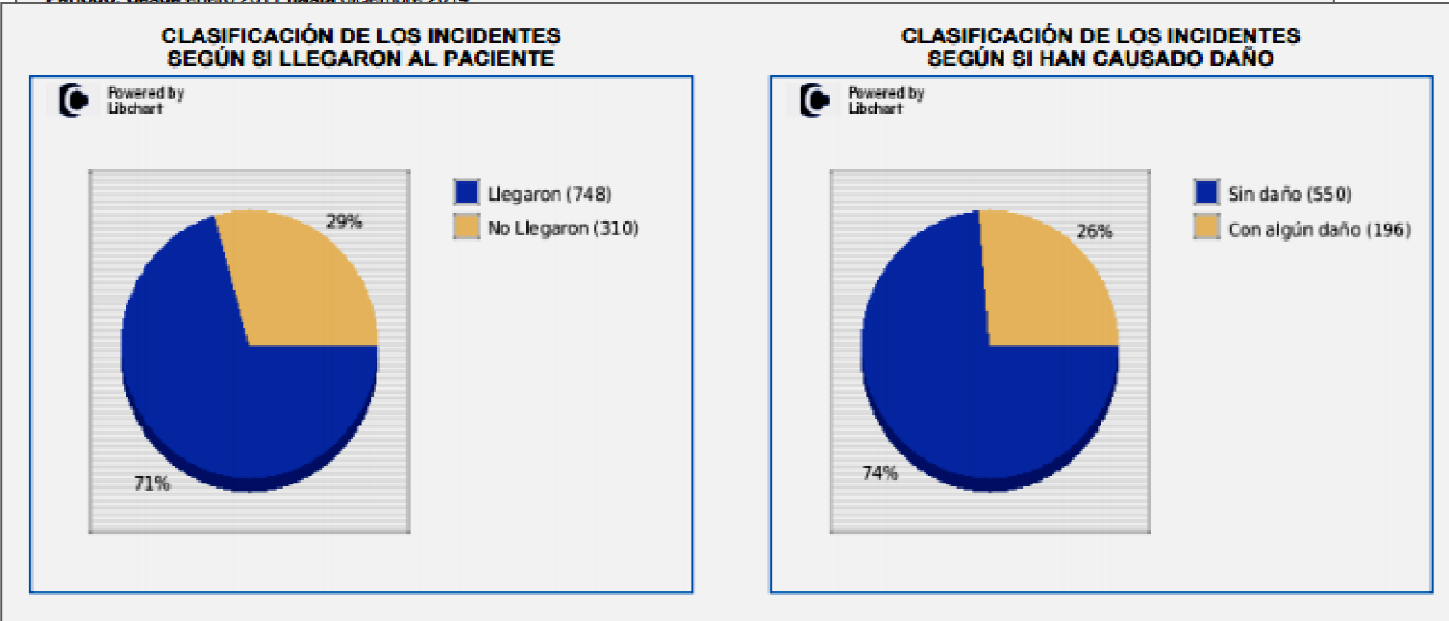
3. IMPLANTACIÓN DE MEJORAS A PARTIR DE INCIDENTES NOTIFICADOS AL SINASP EN EL HOSPITAL POVISA

MARÍA ANTONIA MUÑOZ
HOSPITAL POVISA

BALANCE SiNASP

Hospital Povisa

Periodo: desde enero 2011 hasta diciembre 2014



Categoría	Nº incidentes	%total
Situación con capacidad de causar un incidente	179	16.92%
Incidente que no llegó al paciente	131	12.38%
Incidente que llegó al paciente	748	70.70%
-El incidente llegó al paciente pero no le causó daños	336	31.76%
-No causó daño, precisó monitorización y/o intervención	214	20.23%
-Causó daño temporal y precisó intervención	138	13.04%
-Causó daño temporal y precisó o prolongó la hospitalización	36	3.40%
-Causó daño permanente	6	0.57%
-Comprometió la vida del paciente y precisó intervención para mantener su vida	8	0.76%
-Contribuyó o causó la muerte del paciente	8	0.76%
TOTAL	1058	100.00%

2011

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN SU SAC (SEVERITY ASSESMENT CODE)

Categoría	Nº incidentes	%total
SAC 2 - Riesgo alto	27	11.34%
SAC 3 - Riesgo medio	59	24.79%
SAC 4 - Riesgo bajo	74	31.09%
Sin SAC	78	32.77%
TOTAL	238	100.00%

36,13%

2012

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN SU SAC (SEVERITY ASSESMENT CODE)

Categoría	Nº incidentes	%total
SAC 1 - Riesgo extremo	4	0.95%
SAC 2 - Riesgo alto	35	8.29%
SAC 3 - Riesgo medio	148	35.07%
SAC 4 - Riesgo bajo	110	26.07%
Sin SAC	125	29.54%
TOTAL	422	100.00%

43,36%

2013

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN SU SAC (SEVERITY ASSESMENT CODE)

Categoría	Nº incidentes	%total
SAC 1 - Riesgo extremo	1	0.48%
SAC 2 - Riesgo alto	19	9.09%
SAC 3 - Riesgo medio	63	30.14%
SAC 4 - Riesgo bajo	64	30.62%
Sin SAC	62	29.67%
TOTAL	209	100.00%

39,23%

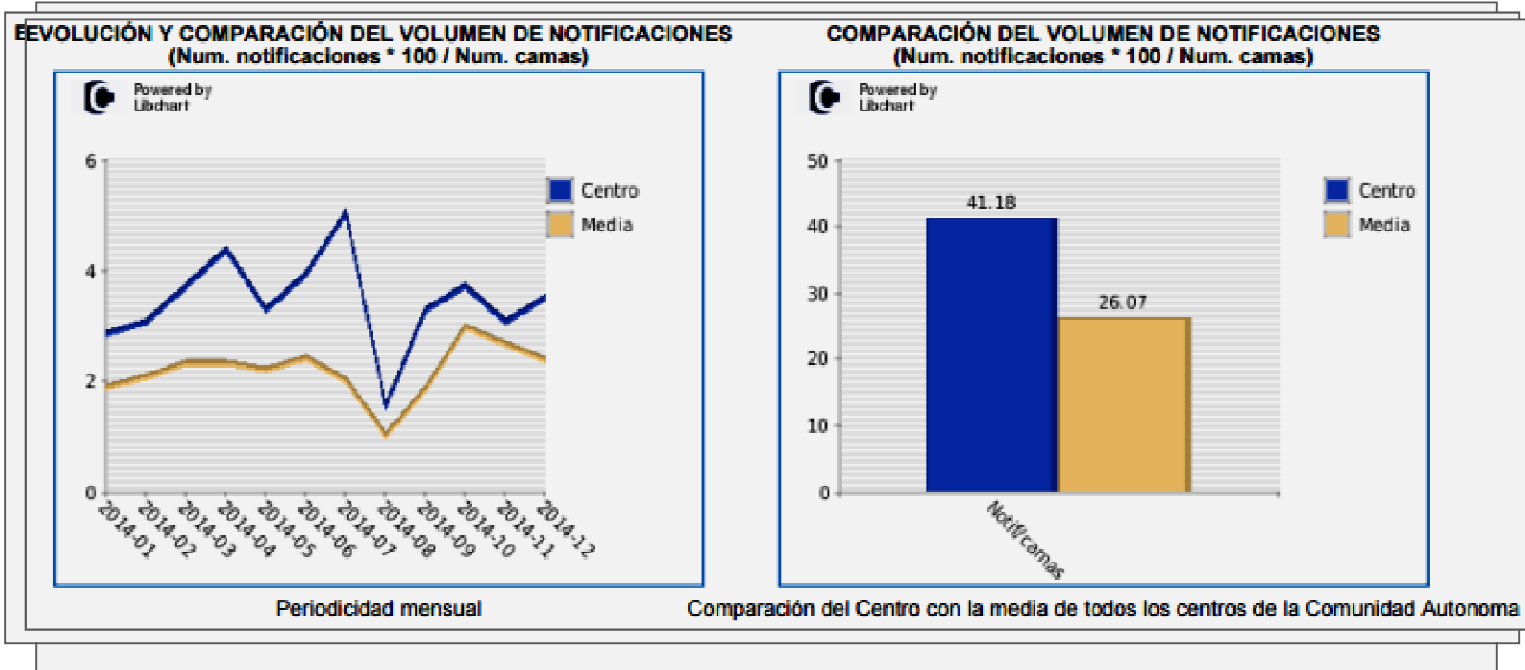
2014

CLASIFICACIÓN DE LOS INCIDENTES SEGÚN SU SAC (SEVERITY ASSESMENT CODE)

Categoría	Nº incidentes	%total
SAC 2 - Riesgo alto	26	13.76%
SAC 3 - Riesgo medio	64	33.86%
SAC 4 - Riesgo bajo	51	26.98%
Sin SAC	48	25.40%
TOTAL	189	100.00%

47,61%

COMPARATIVA

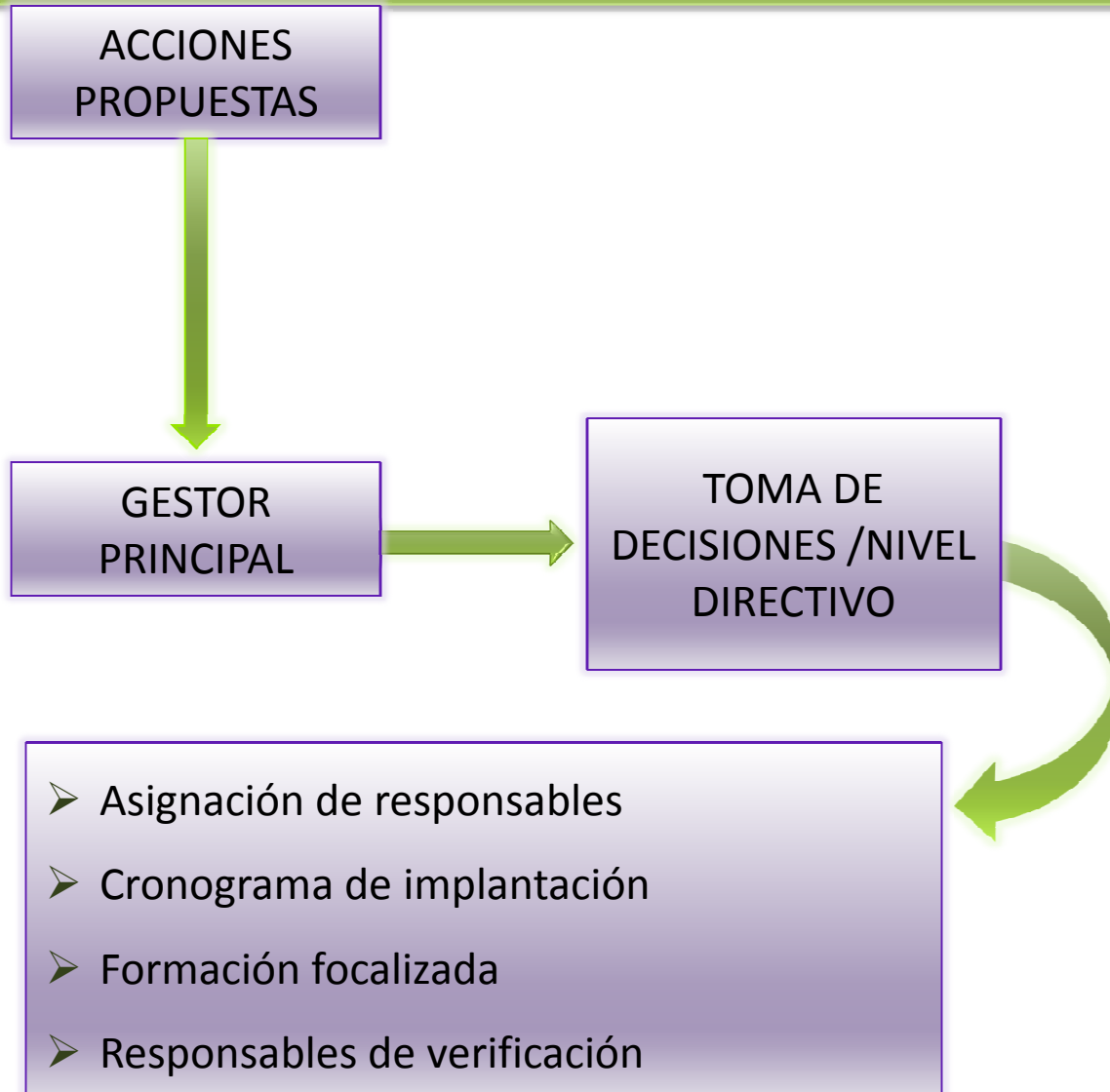


2011-2014

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO



ANÁLISIS Y TRATAMIENTO



SEGUIMIENTO DE LAS ACCIONES

FUNCIÓN JC: GESTIÓN Y USO DE MEDICAMENTOS (MMU)

ACCIONES DE MEJORA FINALIZADAS EN 2014

ORIGEN	NOMBRE DE LA ACCIÓN	FECHA IMPLANTACIÓN	EVIDENCIA	EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN
Equipo de Mejora PEA Acta: MMU-61	Acceso directo en la PEA a SiNASP para los Médicos.	enero 2014	PEA	100% Diciembre 2014: funcionando
Cuestionario de autoevaluación ISMP. Equipo de Mejora PEA Acta: MMU-61	Ampliación del número de intercambios terapéuticos en la Guía Fármaco-Terapéutica del Hospital.	enero 2014	Actas de Comisión de Farmacia	100%
Equipo de Mejora PEA Acta: MMU-61	Acceso directo desde el programa, al formulario electrónico de notificación de sospechas de reacciones adversas a medicamentos del Sistema Español de Farmacovigilancia de	enero 2014	Programa de cuidados PEA	100% Diciembre 2014: funcionando

FUNCIÓN JC: QPS (SiNASP)

ACCIONES DE MEJORA EN PROCESO

ORIGEN	NOMBRE DE LA ACCIÓN	INICIO PLANIFICACIÓN	OBSERVACIONES	RESPONSABLE IMPLANTACIÓN
SiNASP Not: 785,786 Equipo de Mejora Núcleo de Seguridad	Cambio todas las camillas de los boxes de Urgencias (preferentemente que tengan ruedas, para evitar traspasos de camilla a camilla)	junio 2014	A diciembre 2014 cambiadas el 50%	Dirección Asistencial Servicio de Compras Diciembre 2014: funcionando
SINASP Not: 980	Introducción en la PEA de un filtro que detecte los fármacos oncológicos de "no conciliación domiciliaria". Se reconocerá como "no conciliable, necesita validación oncohematológica"	agosto 2014	Se generará una "alerta" en la PEA para el médico oncólogo, en cuanto éste acceda al paciente. Revisado en diciembre 2014, pendiente de informática	Dirección Asistencial Servicios de Informática y Onco Hematología

RESULTADOS

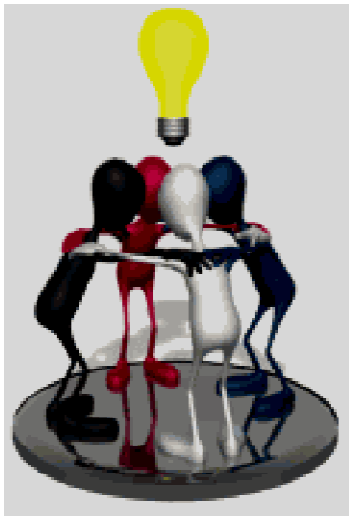
AÑO 2014 : 67 Acciones

Nº de Análisis Causa Raíz
13

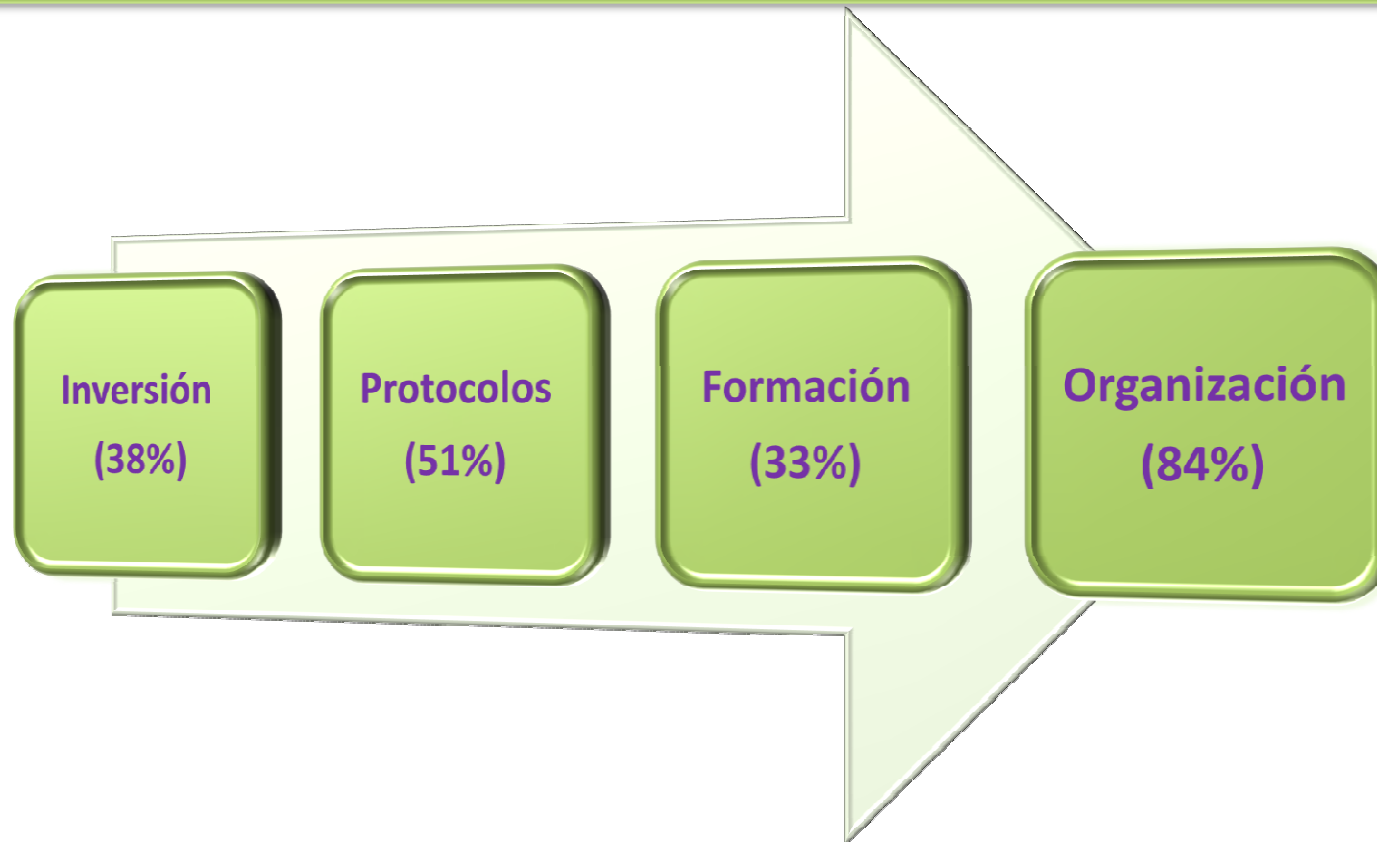
Nº total de Acciones derivadas
39

Implantadas
29

En proceso
10



ASPECTOS IMPLICADOS EN LA IMPLANTACIÓN DE ACCIONES



ACCIONES IMPLANTADAS Y EVALUADAS

Elaboración de un protocolo de prevención y tratamiento de la radiodermatitis en pacientes sometidos a radioterapia

Creación de la consulta de Enfermería para la prevención de la radiodermatitis en pacientes a tratamiento de radioterapia

Elaboración de un protocolo de Indicación de Gastrostomía percutánea con circuito definido y criterios avalados por el Comité de Ética

ACCIONES IMPLANTADAS Y EVALUADAS

Generar un aviso para la detección de los pacientes que hayan cursado una infección por gérmenes multirresistentes, para valorar posteriormente la necesidad de aplicar precauciones especiales.

SIN INVERSIÓN

The screenshot shows a medical software interface with a patient record for 'Dunia' (IMC: 19.814). A popup window titled 'Precauciones:' is open, displaying the following text: '- Contacto (Observaciones : Requiere precauciones por CONTACTO por confirmación de Pseudomonas multirresistente, informada 24-02-2015 en muestra 405553)'. The interface includes various buttons like 'Añadir', 'Eliminar', 'Peticiones', and 'Evolución'. A red circle highlights the 'Precauciones' popup.

Periodo
Concluida
Pendiente

ACCIONES IMPLANTADAS EN SEGUIMIENTO

Informatización de la verificación de transferencia y traslado de los pacientes con asignación de responsabilidad

INVERSIÓN

UCO
Plaza 1 (Pte. asignar cama)
En Tratamiento
Trasladar Paciente / Recepcionar Paciente
(En tránsito)
C. Ortopedica y Traumatologia
27/05/2014
ROTURA AQUILES...



ACCIONES IMPLANTADAS EN SEGUIMIENTO

Dispensación de los Medicamentos de Alto Riesgo con un sistema de código de barras que garantice su correcta identificación y posterior administración por parte de Enfermeras.



ACCIONES EN PROCESO

Asegurar la identificación inequívoca en el reparto de bandejas de comida, a través de sistema de lectura de código de barras

Añadir al programa de cuidados el formulario “Cambio de Turno” para garantizar la transferencia de la información relevante de los pacientes

SISTEMA DE INFORMACIÓN



RELACIÓN DE NOTIFICACIONES REALIZADAS AL SINASP Y ACCIONES DE MEJORA DERIVADAS

Periodo: enero-febrero 2015

ACCESO A LA ATENCIÓN Y CONTINUIDAD DE LA MISMA

4.- INCIDENTE DECLARADO:

Paciente que viene para operarse de tumoración de mama + ganglio centinela . Llega al Hospital a las 7:30 horas para que en Medicina Nuclear localicen el ganglio y después, en Radiología, se le coloca un arpón en la zona tumoral. No sabemos dónde está ni cuánto va a tardar, por lo que el tiempo interquirúrgico se prolonga más de una hora. No sabemos si está bajo el control de algún Servicio en concreto, ya que se ha dado el caso de no encontrarla por ningún Servicio de los que tuviera que estar.

Incidente que llega al paciente

Comentario / Recomendación del Gestor: Se analiza el circuito. Los pacientes son recepcionados en su Unidad de ingreso y en Medicina Nuclear. De momento no se pueden recepcionar en Radiología (Ecógrafo) por lo que seguirían figurando en Medicina Nuclear o en Hospitalización. Esto rompería el circuito de trazabilidad.

SAC - Nº - FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO: ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	SITUACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA GENERADA			
		Inicio Planificación	Implantación y Seguimiento	Cerrada	Evaluación
Sin SAC Not.1109 enero 2015	Se gestiona e implanta con Informática: 1- Posibilidad de recepcionar al paciente en Radiología (ecografía de mama). 2- Posibilidad de realizar las solicitudes correspondientes en Radiología (ecografía mama).	ene-15	Servicios de Radiología e Informática	ene-15	feb-15

ATENCIÓN DE LOS PACIENTES

3.- INCIDENTE DECLARADO:

Paciente que tiene pautado el uso de la BIPAP dos horas por la mañana y dos por la tarde por retención de carbónico. Cuando va la Enfermera a conectarla, el familiar le dice que el ruido que hace el aparato no es el habitual, a lo que la Enfermera le contesta que la máquina está programada por el Médico y que no la puede tocar. Tras tres turnos viene el Fisioterapeuta a ver al paciente y detecta que la máquina tiene suelta una conexión, la pone bien y la máquina vuelve a funcionar correctamente. El paciente mientras tanto estuvo más adormilado, y tras el uso correcto de la BIPAP mejoró, estando más despierto. Este incidente ocurrió durante el fin de semana.

Incidente que llega al paciente

Comentario / Recomendación del Gestor: Se realiza A.C.R con la participación de Dirección de Enfermería, Enfermera y Coordinadoras de Hospitalización Médico- Quirúrgica, Unidad de Calidad.

Se detecta:

Problemas relacionados con los profesionales: desconocimiento del funcionamiento de dispositivo BIPAP.

Problemas relacionados con la comunicación: entre Enfermeras, entre familiar y Enfermera y entre Enfermera y Médico.

Problemas relacionados con los equipos: variabilidad de modelos.

SAC - Nº - FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO: ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	SITUACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA GENERADA			
		Inicio Planificación	Implantación y Seguimiento	Cerrada	Evaluación
SAC 2 Not.1110 enero 2015	1-Formación específica para Enfermeras sobre uso adecuado del dispositivo BIPAP (se hablará con servicio de Neumología). 2-Reunión de Dirección con Servicios Generales, Mantenimiento y Compras para definir actitud a seguir ante cambios de tecnología o nuevas adquisiciones.	ene-15	Dirección de Enfermería Servicio de Neumología Unidad de Calidad Previsto 1º semestre 2015	feb-15	Seguimiento a través de notificaciones

INCIDENTES EN MESES ANTERIORES EN CURSO O PENDIENTES

SAC - Nº - FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO: ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	SITUACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA GENERADA			
		Inicio Planificación	Implantación y Seguimiento	Cerrada	Evaluación
SAC 3 Not.1015 julio 2014	1- Asegurar la identificación inequívoca en el reparto de bandejas de comida a través de sistema de lectura de códigos de barras. 2- Estudiar la posibilidad de modificar las tarjetas de "emplatado" para garantizar la trazabilidad desde que se escoge el menú hasta que llega la bandeja al paciente. 3- Orden directa e inmediata de NO DEJAR UNA BANDEJA en la habitación si el paciente no está, siendo indiferente el motivo de su ausencia.	jul-14	Servicios de Hostelería e Informática Equipo de Mejora PEA 1, 2 y 4 Previsto 3º trimestre 2014	3-sep.2014	3-seguimiento por el servicio de hostelería
SAC - Nº - FECHA	PLAN DE TRATAMIENTO: ACCIONES DE MEJORA PROPUESTAS	SITUACIÓN DE LA ACCIÓN DE MEJORA GENERADA			
SAC 3 Not.930 febrero 2014	1) Se añadirá a la pantalla individual de cada paciente el acceso a "visita estructurada". 2) Se añadirá al programa de cuidados el formulario "cambio de turno".	1 y 2 temas ya tratados en Enero 2014	1-Dirección de Enfermería, Informática y Unidad de Calidad Previsto noviembre 2014 2-Previsto diciembre 2014		

SISTEMA DE INFORMACIÓN

Hospital POVISA S.A. Estibaliz Ezpeleta Saenz de Urturi |



Hospital POVISA S.A.

MANUAL DE ORGANIZACIÓN **MANUALES VARIOS** **EDUCACIÓN AL PACIENTE** **PLAN DE CALIDAD** **VIDEOTECA**

Hospital POVISA S.A. > PLAN DE CALIDAD

PLAN DE CALIDAD

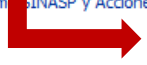
Acciones ▾ Ver: **Todos los documentos** ▾

Nombre	Descripción	Fecha
01.- PLAN CALIDAD 2013 - 2014		
02.- OBJETIVOS 2013-2014		
03.- FICHAS DE INDICADORES		
04.- NÚCLEO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE		
05 - FICHAS DE RIESGOS 2014		

04- NÚCLEO PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE

Acciones ▾ Ver: **Todos los documentos** ▾

Nombre	Descripción	Fecha
Informe SINASP y Acciones de Mejora	enero - febrero 2015	27/03/2015



INFORME SINASP

NÚCLEO DE SEGURIDAD



NÚCLEO DE SEGURIDAD

- ✓ Reuniones periódicas con presentación de casos
- ✓ Participación activa de los miembros en los ACR
- ✓ Informe mensual publicado en la intranet con los incidentes notificados y el seguimiento de cada acción, pendiente, en proceso o finalizada



Descentralización

NÚCLEO DE SEGURIDAD

✓ Presentación mensual en el taller de Seguridad de “Aprender de los errores”

✓ Sesiones de análisis semanales de ANR (SENSAR)

✓ Sesiones quincenales de Cirugía General

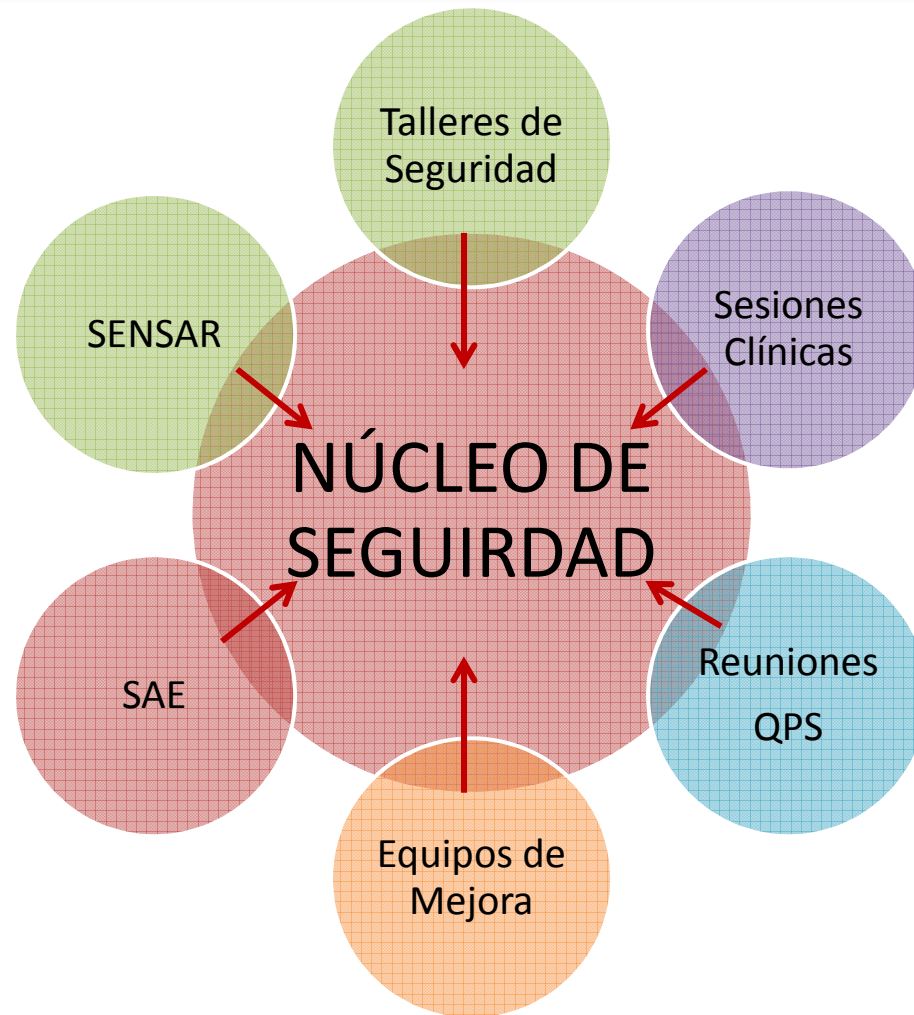
✓ Sesiones semanales de Traumatología

✓ Sesiones semanales de Preventiva, Microbiología e Infectología (SAE)...

✓ Sesiones semanales Equipo de Mejora QPS, Unidad de Calidad

✓ Sesiones cada 2 ó 3 semanas Equipos de Mejora (16)

NÚCLEO DE SEGURIDAD



GRACIAS

